

Ф.П. КАПСАРГИН, Е.В. ДЯБКИН, А.Г. БЕРЕЖНОЙ

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»,
Российская Федерация

В статье представлен обзор исследований, посвященных мочекаменной болезни (МКБ), которая является одним из самых часто встречающихся в урологической практике заболеваний. По данным большинства исследователей, в последние годы это заболевание встречается не менее чем у 1-3% населения планеты, и характеризуется эндемическим распространением. Важность проблемы обусловлена тем, что заболевание чаще встречается среди людей наиболее трудоспособного возраста – от 20 до 50 лет.

В настоящее время, большинство камней удаляется с помощью малоинвазивных методик, однако в определенных ситуациях с крупными конкрементами показано оперативное лечение. В каждой конкретной ситуации рассматривается несколько вариантов лечения и выбирается наиболее оптимальный для пациента. Анализ литературы показал, что достижения последнего десятилетия были направлены в основном на оптимизацию свойств эндоскопического оборудования с уменьшением диаметра инструментов, улучшением оптического разрешения и износостойкости гибкого инструментария, а также улучшения техники дезинтеграции конкрементов. Современные подходы и массовое внедрение ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ), уретерореноскопии (УРС), контактной уретеролитотрипсии (КЛТ) с малоинвазивными методами удаления камней (перкутанная нефролитолапаксия) позволяют в несколько раз повысить уровень лечения, снизить риск развития осложнений, а так же улучшить качество жизни пациентов. Отслеживается выраженная тенденция сочетания малоинвазивных методов литоэкстракции с дистанционными способами фрагментации конкрементов. Учитывая высокий уровень распространенности МКБ, частые случаи рецидивирования, а также общую социальную значимость проблемы приоритетным направлением следует считать продолжение активных экспериментальных исследований с целью выявления патогенетических механизмов образования камней, способов профилактики камнеобразования и минимизации инвазивных способов удаления конкрементов мочевыводящих путей.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, почка, хирургическое лечение, ударно-волновая литотрипсия, уретерореноскопия, контактная уретеролитотрипсия, перкутанная нефролитолапаксия

The article presents the review of studies devoted to urolithiasis which is considered as one of the most common diseases in everyday urological practice. According to most researchers in recent years the disease develops in not less than 1-3% of the world population and characterized by the endemic spread. The importance of the problem is due to the fact that the disease is more common among people of the most productive age (20-50 years). Currently, the most of the stones are removed by applying the minimally invasive methods, but in the certain situations (large stones) the operative treatment is indicated. In each situation several treatment options are studied and the most appropriate one for each patient is chosen. The literature analysis shows that the achievements of the last decade have been directed primarily at optimizing the properties of endoscopic equipment with the reduction of tool diameter, improvement of the optical resolution and durability of flexible tools as well as the improving disintegration technique of stones. Current approaches and widespread application of extracorporeal shock-wave lithotripsy (ESWL), ureterorenoscopy (URS), contact lithotripsy (CLT) with minimally invasive percutaneous nephrolitholapaxy (PNL) allow a manifold increasing of the level of treatment, reducing the risk of complications as well as improving the of patients' quality of life. A marked tendency of combination of minimally invasive technique of lithoextraction with remote techniques of stones fragmentation has been traced. Taking into account the high prevalence of urolithiasis, frequent recurrences as well as general social significance of the problem the continuation of active experimental researches to identify the pathogenetic mechanisms of stone formation, methods of prevention it of stone formation and minimization of invasive methods to remove stones of the urinary tract should be considered the priority trend.

Keywords: urolithiasis, kidney, surgical treatment, shock-wave lithotripsy, ureterorenoscopy, contact lithotripsy, percutaneous nephrolitholapaxy

Novosti Khirurgii. 2013 Sep-Oct; Vol 21 (5): 101-106
The modern surgical approaches to the treatment of urolithiasis
F.P. Kapsargin, E.V. Dyabkin, A.G. Berezhnoy

Мочекаменная болезнь (МКБ) — заболевание, связанное с нарушением обмена веществ в организме, при котором образуются камни в почках и мочевых путях. МКБ является одним из самых часто встречающихся заболеваний в урологической практике. По данным большинства исследователей [1, 2, 3, 4, 5], в последние годы это заболевание встречается не менее чем у 1-3% населения планеты, и характеризуется эндемическим распространением [5, 6]. Важность проблемы обусловлена еще и тем, что заболевание чаще встречается среди людей наиболее трудоспособного возраста — от 20 до 50 лет. У взрослых МКБ несколько чаще выявляется среди лиц мужского пола [7].

Лечение МКБ имеет два основных направления. Одно из них включает различные методы удаления мочевых камней — это симптоматические методы лечения МКБ. Второе направление включает методы лечения самого уrolитиаза с учетом его многообразных этиологических факторов и очень сложного патогенеза. Консервативное лечение возможно при наличии факторов риска камнеобразования с профилактической целью, при кристаллурии и камневыделении, но особенно важное значение оно имеет после удаления мочевых камней любым способом [6, 8].

Большое разнообразие новых методов лечения пациентов с нефролитиазом: дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), контактная уретеролитотрипсия (КЛТ) с использованием разных источников энергии, уретерореноскопия (УРС), перкутанная нефролитолапаксия (ПНЛ), отодвинуло на второй план открытые методы лечения МКБ [9, 10, 11, 12].

До 50% приходится на пациентов, страдающих МКБ с локализацией камней в мочеточниках, где в определенных клинических ситуациях возникает необходимость выполнения уретеролитотомии. По мнению О.В. Теодоровича с соавт. [13], ретроперитонеоскопическая (РПС) уретеролитотомия является альтернативой открытой уретеролитотомии и может быть применена не только после попыток удалить конкремент другими способами, но как самостоятельный полноправный метод. Применение РПС доступа при операциях на мочеточнике позволяет достичь основной цели — ликвидации обструкции при условии малой травматичности операции, снижения продолжительности пребывания больного в стационаре, уменьшения расходов лекарственных препаратов, хорошего косметического эффекта [14, 15].

Ретроперитонеоскопические операции являются безопасными и эффективными методами и наравне с лапароскопическими технологиями могут активно использоваться в урологии [14]. Преимуществом такого доступа является наличие четких анатомических ориентиров, облегчающих нахождение объекта оперативного вмешательства, а также удобство выполнения манипуляций инструментами в большей по объему полости, способствующее уменьшению продолжительности операции [16, 17]. Вместе с тем, при лапароскопическом доступе возможно повреждение париетальной брюшины и, следовательно, поступление в брюшную полость крови, мочи, гноя [18].

Особенности проведения мини-доступа — топографо-анатомический выбор доступа с целью наименьшего повреждения сосудисто-нервных пучков мышечной стенки, наименьшее расстояние от разреза кожи до «объекта» вмешательства, малая травматизация тканей на всех этапах операции, косметическое ушивание операционной раны [19, 20].

За два последних десятилетия в лечении МКБ произошел прорыв, что связано с внедрением УРС, КЛТ, ДУВЛ. Широкое применение трансуретральная УРС получила в лечении камней мочеточника [21, 22, 23, 24]. Тем не менее, по сравнению с ДУВЛ, этот метод лечения считается инвазивным, а применение его для воздействия на камни диаметром 1 см или более до сих пор вызывает разногласия [25, 26, 27]. Проведение КЛТ конкрементов мочеточника оправдано при неэффективности 3-х сеансов ДУВЛ в одной локализации [28].

Клиническая эффективность использования любого метода лечения больных МКБ зависит от восстановления и обеспечения адекватного оттока мочи из верхних мочевых путей, а также степени выраженности воспалительного процесса. Оба фактора находятся в непосредственной зависимости друг от друга и совершенно очевидно, что все усилия, направленные на ликвидацию воспалительного процесса могут быть успешны лишь при восстановленном оттоке мочи. Трансуретральные эндоскопические вмешательства обладают рядом бесспорных преимуществ по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами, так как они исключают травму мягких тканей, нагноение раны, возникновение мочеточниковых свищей [29, 30, 31]. Кроме того, при необходимости повторного трансуретрального эндоскопическо-

го вмешательства на верхних мочевых путях его выполнение не представляет трудностей, что выгодно отличает этот метод от открытых оперативных вмешательств [30, 32].

Для трансуретральной КЛТ предлагаются различные варианты фрагментации конкрементов с использованием контактных ультразвуковых, электрогидравлических, электроимпульсных, пневматических и лазерных литотрипторов [33]. Каждый вид контактного литотриптора имеет свои преимущества и недостатки. Так, относящиеся к наиболее современным, эффективным и безопасным являются литотрипторы с использованием лазерного источника энергии. G.G. Tailly [34] сообщает об успешном лечении пациентов с камнями мочеточников с использованием электрогидравлической литотрипсии.

Таким образом, на основе анализа литературы, посвященной хорошо апробированным в настоящее время методам КЛТ, можно утверждать, что, несмотря на постоянное совершенствование приборов, повреждающее действие энергии электрогидравлических и ультразвуковых литотрипторов все же имеет место.

После КЛТ в связи с возможным возникновением отека в зоне расположения камня, а также при воспалительных изменениях стенки мочеточника, большом размере камней, длительном операционном времени, необходимо проводить дренирование верхних мочевых путей катетером – стентом [35].

Внедрение в клиническую практику ДУВЛ привело к значительному сокращению количества как открытых, так и перкутантных операций по поводу камней почек небольшого размера. За короткое время стало ясно, что ДУВЛ является методом выбора при лечении камней диаметром до 2 см. В то же время применение ДУВЛ при острых воспалительных процессах, нарушениях уродинамики, плотных камнях, «вколоченных» камнях мочеточника, а также ее использование в качестве монотерапии при коралловидных и крупных камнях малоэффективно, и часто этот метод применяли для разрушения оставшихся фрагментов после ПНЛ [36, 37, 38]. При этом перкутанная хирургия стала занимать все большее место в лечении других более сложных форм нефролитиаза. Внедрение этого метода привело к значительному сокращению числа открытых операций [39, 40, 41, 42, 43].

Перкутанная эндоскопическая техника в лечении МКБ начала применяться благодаря

внедрению в 1955 г. Y. Goodwin чрескожной пункционной нефростомии (ЧПНС), которая по сути дела и является первым этапом чрескожной ПНЛ.

К настоящему времени ЧПНС как минимально инвазивный метод отведения мочи очень широко применяется в урологической практике, особенно у тяжелых больных, у которых открытая операция невыполнима. Детально изучены и неоднократно описаны анатомия пункционного канала, методы пункции и их модификации, различные нефростомические наборы [44, 45]. Суть метода заключается в создании антеградного доступа к камню под рентгеновским и ультразвуковым контролем, дилатации свищевого хода, выполнении различных эндоренальных манипуляций, направленных на разрушение и удаление камня.

Накопление достаточного опыта антеградной нефроуретеролитоэкстракции, наряду с развитием методов контактной дезинтеграции камней (ультразвуковой, электрогидравлической, лазерной), позволило перейти от чрескожной экстракции мелких конкрементов гидронефротически измененной почки к удалению двусторонних, множественных, крупных и коралловидных камней [46]. Описаны успешные результаты сочетанного применения ПНЛ и ДУВЛ и удаления камней мини-перкутантным методом [47, 48]. Появились сообщения об удалении камней без дренирования почек после операции. Накопленный опыт позволяет урологам удалять камни одномоментно, что сокращает сроки госпитализации, выздоровления и возвращения к обычной жизни пациентов [49].

Как показал сравнительный анализ результатов лечения пациентов с нефролитиазом перкутантным методом и ДУВЛ, освобождение от камней составило 90 и 59% соответственно. При камнях нижней чашечки более 1 см, авторы рекомендуют ПНЛ. В то же время, у пациентов с камнями диаметром меньше 2 см лучшие результаты отмечены после ДУВЛ [49, 50].

Коралловидные, крупные и множественные камни являются довольно частой формой МКБ, и на их долю приходится от 15 до 55% всех камней. Данные литературы свидетельствуют о том, что эти камни, особенно коралловидные, чаще встречаются при двустороннем процессе [30]. Коралловидные камни чаще обнаруживаются у мужчин (4:1) [6]. В настоящее время среди пациентов, подвергаемых чрескожным пункционным манипуляциям, особое место занимают пациенты с

коралловидными камнями почек [29].

ДУВЛ в ряде случаев позволяет добиться хороших результатов, но особого значения в лечении коралловидного нефролитиаза в настоящее время она не имеет. Большая роль в лечении этой категории пациентов отводится перкутанной эндоскопической хирургии, а именно чрескожной контактной ультразвуковой или лазерной литотрипсии в сочетании с литолапаксией и литоэкстракцией, а также комбинации этих методов с дистанционным разрушением недоступных для нефроскопии фрагментов камня.

Коралловидные и множественные камни имеют разнообразную клиническую симптоматику, полиморфную клинико-рентгенологическую характеристику. Кроме того, важное значение имеет строение чашечно-лоханочной системы, наличие или отсутствие ее ретенции, химический состав камня и др. В связи с этим техника выполнения чрескожных вмешательств имеет свои особенности [17, 46]. Перкутанная хирургия при аномалиях почек и мочевых путей, особенно эктопии почки, чревата осложнениями из-за высокого риска повреждения сосудов брюшной полости и требует большого опыта хирурга.

Частыми осложнениями перкутанного лечения пациентов с камнями почек являются возникновение острого или активизация хронического пиелонефрита, интра- или послеоперационные кровотечения, а также отхождение нефростомического дренажа.

Таким образом, подводя итоги анализа достижений последних лет в лечении мочекаменной болезни необходимо отметить, что современные подходы и массовое внедрение ударно-волновой литотрипсии с малоинвазивными методами удаления камней позволяют в несколько раз повысить уровень лечения, снизить риск развития осложнений, а так же улучшить качество жизни пациентов. При анализе литературы отмечается выраженная тенденция применения сочетания малоинвазивных методов литоэкстракции с дистанционными способами фрагментации конкрементов. Учитывая высокий уровень распространенности МКБ, частые случаи рецидивирования, а так же общую социальную значимость проблемы приоритетным направлением следует считать продолжение активных экспериментальных исследований с целью выявления патогенетических механизмов образования камней, способов профилактики камнеобразования и минимизации инвазивных способов удаления конкрементов мочевыводящих путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Особенности патогенеза коралловидного нефролитиаза на юге России / А.В. Хасигов [и др.] // *Вестн. урологии* – 2013. – № 1. – С. 21–27.
2. Статистика и факторы риска мочекаменной болезни в Беларуси / В. И. Вошюла [и др.] // *Эксперим. и клин. урология*. – 2013. – № 2. – С. 18–24.
3. Местная сорбционная терапия и ее эффективность в коррекции эндогенной интоксикации у больных острым гнойным пиелонефритом и паранефритом / К. М. Арбулиев [и др.] // *Урология*. – 2013. – №2. – С. 28–34.
4. Тиктинский О. Л. Мочекаменная болезнь / О. Л. Тиктинский, В. П. Александров. – СПб. : Питер, 2000. – 384 с.
5. Ramello A. Epidemiology of nephrolithiasis / A. Ramello, C. Vitale, M. Marangella // *J Nephrol*. – 2000 Nov-Dec. – Vol. 13. – Suppl. 3. – P. S45–50.
6. Блумберг Б. И. Фитотерапия уратного нефролитиаза / Б. И. Блумберг, О. В. Основин, Р. Н. Фомкин // *Клин. нефрология*. – 2013. – № 1. – С. 71–72.
7. Бережной А. Г. Применение анатомически обособленного оперативного доступа к верхней трети мочеточника при мочекаменной болезни / А. Г. Бережной, Ф. П. Капсаргин, Е. В. Дябкин // *Врач-аспирант*. – 2013. – Т. 57, № 2.1. – С.1 25–30.
8. Неймарк А. И. Одномоментный дополнительный перкутанный нефроскопический доступ в лечении коралловидного нефролитиаза / А. И. Неймарк, Р. М. Нугуманов // *Казан. мед. журн.* – 2009. – Т. 90, № 1. – С. 125–27.
9. Современные тенденции в эпидемиологии, диагностике и лечении мочекаменной болезни / Э. К. Яненко [и др.] // *Эксперим. и клин. урология*. – 2012. – № 3. – С. 19–24.
10. Малоинвазивные методы лечения стриктур нижней трети мочеточника / И. В. Баженов [и др.] // *Урал. мед. журн.* – 2010. – № 13. – С. 29–33.
11. Hemorrhagic complications during percutaneous nephrolithotomy. Retrospective studies of 772 cases / E. Gremmo [et al.] // *Prog Urol*. – 1999 Jun. – Vol. 9, N 3. – P. 460–63.
12. Комяков Б. К. Перкутанная нефролитотрипсия в положении больного на спине / Б. К. Комяков, Б. Г. Гулиев // *Урология*. – 2012. – № 4. – С. 60–64.
13. Ретроперитонеоскопическая уретеролитотомия / О. В. Теодорович [и др.] // *Урология*. – 2007. – №4. – С. 29–31.
14. Цуканов Ю. Т. Использование безгазовой ретроперитонеоскопии из открытого мини-доступа для адреналэктомии / Ю. Т. Цуканов, А. Ю. Цуканов // *Урология*. – 2004. – № 2. – С. 50–54.
15. Результаты лечения пациентов с камнем мочеточника, перенесших контактную уретеролитотрипсию различными видами энергий / М. И. Коган [и др.] // *Вестн. урологии*. – 2013. – № 1. – С. 54–60.
16. Laparoscopic ureterolithotomy: the Edinburgh experience / F. X. Keeley [et al.] // *BJU Int*. – 1999 Nov. – Vol. 84, N 7. – P. 765–69.
17. Limb J. Percutaneous management of stones in a

- patient with sacral agenesis / J. Limb, G. C. Bellman // *Urology*. – 2000 Dec 20. – Vol. 56, N 6. – P. 1056.
18. Усупбаев А. Ч. Опыт применения безопасного лапароскопического скальпеля при ретроперитонеоскопической уретеропиелолитотомии / А. Ч. Усупбаев, А. А. Жумагалиев, Н. К. Монолов // *Эндоскоп. хирургия*. – 2012. – Т. 18, № 6. – С. 12–14.
19. Морозов А. В. Оперативные доступы при вмешательствах на почке, надпочечнике, верхней и средней трети мочеточника / А. В. Морозов // *Урология*. – 2002. – № 4. – С. 16–20.
20. Бережной, А.Г. Топографо-анатомическое обоснование использования оперативного доступа к почке / А.Г. Бережной [и др.] // *Новости хирургии*. – 2012. – Т. 20, № 4. – С. 75–80.
21. Трансуретральная эндоскопическая пиелолитотрипсия в комбинированном лечении сложных форм нефролитиаза / Ю. В. Олифер [и др.] // *Урология*. – 2007. – № 4. – С. 15–20.
22. Laparoscopic urinary stone surgery: an updated evidence-based review / A. Skolarikos [et al.] // *Urol Res*. – 2010 Oct. – Vol. 38, N 5. – P. 337–44.
23. Laparoscopic treatment of ureterolithiasis: our experience / D. B. Matias [et al.] // *Actas Urol Esp*. – 2009 Jun. – Vol. 33, N 6. – P. 667–69.
24. Cracco C. M. New developments in percutaneous techniques for simple and complex branched renal stones / C. M. Cracco [et al.] // *Curr Opin Urol*. – 2011 Mar. – Vol. 21, N 2. – P. 154–60.
25. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и лечения / Ю. Г. Аляев [и др.] // *Врачеб. сословие*. – 2004. – № 4. – С. 4–9.
26. Черепанова Е. В. Метафилактика мочекаменной болезни в амбулаторных условиях / Е. В. Черепанова, Н. К. Дзеранов // *Эксперим. и клин. урология*. – 2010. – № 3. – С. 33–39.
27. Ретроградная контактная электроимпульсная литотрипсия / А. В. Гудков, [и др.] // *Эксперим. и клин. урология*. – 2011. – № 4. – С. 49–53.
28. Неймарк А. И. Результаты дистанционной литотрипсии у больных мочекаменной болезнью в зависимости от способов генерации ударной волны / А. И. Неймарк, Е. В. Гамеева, П. Г. Коротких // *Урология*. – 2007. – № 2. – С. 3–9.
29. Полиенко А. К. Влияние некоторых причин на распространение мочекаменной болезни / А. К. Полиенко, О. А. Севостьянова, В. А. Мосеев // *Урология*. – 2006. – № 1. – С. 74–78.
30. Пранович А. А. Контактная литотрипсия неодимовым лазером в лечении мочекаменной болезни / А. А. Пранович, Н. М. Шуринюк, Н. И. Симченко // *Новости хирургии*. – 2008. – Т. 16, № 2. – С. 98–101.
31. Agrawal M. S. Endourological renal salvage in patients with calculus nephropathy and advanced uremia / M. S. Agrawal, M. Aron, H. S. Asopa // *BJU Int*. – 1999 Aug. – Vol. 84, N 3. – P. 252–56.
32. Holmium: YAG laser treatment of ureteral calculi: A 5-year experience / A. Farkas [et al.] // *Lasers Med Sci*. – 2006. – Vol. 21, N 3. – P. 170–74.
33. Taily G. G. In situ SWL of ureteral stones: comparison between an electrohydraulic and an electromagnetic shockwave source / G. G. Taily // *J Endourol*. – 2002 May. – Vol. 16, N 4. – P. 209–14.
34. Chan D. Y. Mini-percutaneous nephrolithotomy / D. Y. Chan, T. W. Jarrett // *J Endourol*. – 2000 Apr. – Vol. 14, N 3. – P. 269–72.
35. Complications of ureteroscopy: analysis of predictive factors / T. G. Schuster [et al.] // *J Urol*. – 2001 Aug. – Vol. 166, N 2. – P. 538–40.
36. Аляев Ю. Г. Первый опыт безнефростомной чрескожной нефролитотрипсии / Ю. Г. Аляев, Н. А. Григорьев // *Урология*. – 2012. – № 5. – С. 102–104.
37. Bilateral single-session percutaneous nephrolithotomy: a feasible and safe treatment / P. N. Maheshwari [et al.] // *J Endourol*. – 2000 Apr. – Vol. 14, N 3. – P. 285–87.
38. Desai M. R. Percutaneous nephrolithotripsy in ectopic kidneys / M. R. Desai, A. Jasani // *J Endourol*. – 2000 Apr. – Vol. 14, N 3. – P. 289–92.
39. Dushinski J. W. Simultaneous bilateral percutaneous nephrolithotomy / J. W. Dushinski, J. E. Lingenman // *J Urol*. – 1997 Dec. – Vol. 158, N 6. – P. 2065–68.
40. Percutaneous renal surgery / M. J. Estebanez Zarranz [et al.] // *Actas Urol Esp*. – 1998 Feb. – Vol. 22, N 2. – P. 137–41.
41. Guidelines on urolithiasis / C. Türk [et al.] // *European Association of Urology*. – 2013. – 100 p.
42. Severe bleeding after nephrolithotomy: results of hyperselective embolization / X. Martin [et al.] // *Eur Urol*. – 2000 Feb. – Vol. 37, N 2. – P. 136–39.
43. Extracorporeal shock wave lithotripsy in anomalous kidneys: 11-year experience with two second-generation lithotripters / K. Z. Sheir [et al.] // *Urology*. – 2003 Jul. – Vol. 62, N 1. – P. 10–15.
44. Kidney stones: an update on current pharmacological management and future directions / H. Xu [et al.] // *Expert Opin Pharmacother*. – 2013 Mar. – Vol. 14, N 4. – P. 435–47.
45. Serial crystalluria determination and the risk of recurrence in calcium stone formers / M. Daudon [et al.] // *Kidney Int*. – 2005 May. – Vol. 67, N 5. – P. 1934–43.
46. Magnetic resonance urography enhanced by gadolinium and diuretics: a comparison with conventional urography in diagnosing the cause of ureteric obstruction / P. Jung [et al.] // *BJU Int*. – 2000 Dec. – Vol. 86, N 9. – P. 960–65.
47. O'Donnell J. A. The newer fluoroquinolones / J. A. O'Donnell, S. P. Gelone // *Infect Dis Clin North Am*. – 2004 Sep. – Vol. 18, N 3. – P. 691–16.
48. Impact of stone disease: chronic kidney disease and quality of life / G. Kartha [et al.] // *Urol Clin North Am*. – 2013 Feb. – Vol. 40, N 1. – P. 135–47.
49. Чрескожная хирургия заболеваний почек и верхних мочевыводящих путей / Б. К. Комяков [и др.] // *Вестн. хирургии им. И. И. Грекова*. – 2011. – Т. 170, № 4. – С. 99–101.
50. Шкурин М. А. Мочекаменная болезнь – современные подходы к лечению / М. А. Шкурин // *Лечащий врач*. – 2009. – № 8. – С. 7.

Адрес для корреспонденции

660022, Российская Федерация,
г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1,
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора

В.Ф. Войно-Ясенецкого»,
кафедра общей хирургии,
тел. раб.: +7 (391) 208-99-26,
e-mail: dyabkyn@mail.ru,
Дябкин Евгений Владимирович

Сведения об авторах

Капсаргин Ф.П., д.м.н., заведующий кафедрой урологии, андрологии и сексологии ИПО ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого». Дябкин Е.В., к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный

медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого». Бережной А.Г., к.м.н., ассистент кафедры урологии, андрологии и сексологии ИПО ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого».

Поступила 12.06.2013 г.

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

**29-31 мая 2014 года в Нижнем Новгороде состоится
ЮБИЛЕЙНАЯ X НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
АССОЦИАЦИИ ФЛЕБОЛОГОВ РОССИИ**

Место проведения конференции:

Нижний Новгород, Нижегородская Ярмарка, Конгресс-отель «Мариинс Парк Отель»

В программе конференции планируется обсуждение следующих тем:

1. Диагностика и лечение венозного тромбоза и легочной эмболии.
2. Методы лучевой диагностики во флебологии.
3. Тромбофилии: значение в хирургической практике.
4. Профилактика венозных тромбозомболических осложнений.
5. Восстановление проходимости сосудистого русла при венозном тромбозе и ТЭЛА.
6. Патогенез и диагностика хронических заболеваний вен.
7. Флебосклерозирующее лечение.
8. Эндовазальная термическая облитерация при заболеваниях вен.
9. Эстетическая флебология.
10. «Открытая» хирургия хронических заболеваний вен.
11. Реконструктивная хирургия венозной системы.
12. Консервативное лечение хронических заболеваний вен.
13. Венозные трофические язвы.
14. История и перспективы развития флебологии.
15. Инновации и технологии будущего во флебологии.
16. Патология вен в патогенезе соматической патологии.

В программе планируется проведение мастер-классов, тематических симпозиумов и дискуссий, пленарных лекций ведущих европейских и российских специалистов. Приглашаем всех заинтересованных специалистов принять активное участие в работе конференции.

Контакты:

В Москве: Золотухин Игорь Анатольевич – тел.: +7-495-633-92-31, e-mail: zoloto70@bk.ru; Гаврилов Сергей Геннадьевич – тел.: +7-495-633-92-31, e-mail: phlebology2014@bk.ru

В Нижнем Новгороде: Кудыкин Максим Николаевич – тел.: +7-902-304-75-75, e-mail: flebo@narod.ru

Дополнительная информация на сайтах: www.phlebo-union.ru и www.aafsh.ru